FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eugène MINKOWSKI

Né à St-Pétersbourg, le 17 Avril 1885

La notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie

Président : M. Henri CLAUDE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^ie^, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique de Propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BRAMI.	Pathologie médicale.
LGLAVE.	Pathologie chirurgicale
UBERTIN. . .	Pathologie médicale.
ASSET.	Pathologie chirurgicale
AUDOUIN. . .	Pathologie médicale.
INET.	Physiologie.
LANCHETIÈRE	Chimie biologique.
RANCA.	Histologie.
RULÉ.	Pathologie médicale.
USQUET. . . .	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT. . .	Pathologie chirurgicale
HAMPY.	Histologie.
HIRAY.	Pathologie médicale.
LERC.	Pathologie médicale.
EBRÉ.	Hygiène.
de JONG.	Anatomie pathologique
UVOIR.	Médecine légale.
CALLE.	Obstétrique.
IESSINGER. .	Pathologie médicale.
OIX.	Pathologie médicale.
ARNIER. . . .	Pathologie expériment
IARVIER. . . .	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER.	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX.	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS. .	Pathologie chirurgicale
LE LORIER. . . .	Obstétrique.
LEMAITRE. . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE. . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL. .	Obstétrique.
LHERMITTE. . .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU.	Pathologie chirurgicale
METZGER. . .	Obstétrique.
MOCQUOT. . .	Pathologie chirurgicale
MONDOR.	Pathologie chirurgicale
MOURE.	Pathologie chirurgicale
MULON.	Histologie.
PHILIBERT. . .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. . .	Physiologie.
TANON.	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VERNE.	Histologie.
VILLARET. . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
OUGEROT. . .	Pathologie médicale.
UÉNIOT.	Obstétrique.

M. RETTERER. . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgica
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY. . . .	Clinique médicale.
		SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgica

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopé que pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adul
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS et A MES FRÈRES

A MA FEMME

Dr *F. MINKOWSKA*

A MON FRÈRE

Dr *M. MINKOWSKI*

Professeur agrégé à la Faculté de Zurich

A MON FILS et A MA FILLE

A ma Famille du Temps de Guerre :

AU 151e RÉGIMENT D'INFANTERIE

A L'HOPITAL AUXILIAIRE 16

à Châteaudun

A Monsieur le Professeur HENRI CLAUDE

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur HENRI BERGSON

de l'Académie Française

et

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur E. BLEULER

Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Zurich

Qui ont inspiré cette thèse, hommage de gratitude et d'admiration profondes.

A MES MAITRES et AMIS

MM. HENRI COLIN, F. PACTET

et J. ROGUES DE FURSAC

Médecins en Chef des Asiles de la Seine

Appelé à collaborer avec vous pendant la guerre, vous m'avez enseigné la psychiatrie et, ce qui est plus encore, par votre exemple personnel, la déontologie de notre profession. Permettez moi de vous unir aujourd'hui dans la même pensée, en vous exprimant ma profonde reconnaissance pour l'inlassable bienveillance que vous n'avez cessé de me témoigner.

A Monsieur le Docteur ED. TOULOUSE

Médecin en chef du Service de Prophylaxie Mentale

Qui a bien voulu nous associer à son œuvre d'Hygiène et de Prophylaxie mentales.

———

A Monsieur le Docteur M. MIGNARD

Médecin en chef des Asiles de la Seine

En souvenir de ces longues discussions scientifiques dont est née notre amitié et qui ne cessèrent de stimuler ma pensée, permettez-moi, cher ami, de vous dédier cet ouvrage.

CHAPITRE I

Le contact vital avec la réalité.

Nous nous proposons d'exposer dans ce travail la façon dont nous concevons le trouble essentiel de la schizophrénie ainsi que les mécanismes psychopathologiques qui déterminent les particularités de cette affection.

Kraepelin avait abouti à une notion synthétique, très vaste, de la démence précoce, résultat d'une fusion de formes cliniques particulières qui, dans la période antérieure, avaient été considérées comme plus ou moins indépendantes les unes des autres, telles que la catatonie, l'hébéphrénie et la démence paranoïde. Les formes dites simples de la démence précoce vinrent s'y joindre.

Cette synthèse posa un problème nouveau. Du fait de la fusion, dans une même notion, de formes cliniques apparemment entièrement différentes, les symptômes et même les syndromes, caractéristiques soi-disant pour chacune d'elles, perdaient de leur valeur. Les symptômes sont, comme l'a montré Kraepelin,

interchangeables, plus ou moins inconstants et mènent à des états terminaux identiques. Ils doivent donc tous avoir quelque chose de commun, n'être que l'expression plus ou moins accidentelle d'un *processus morbide sous-jacent, toujours le même*. C'est ainsi que nait le besoin *de ramener toute la richesse des symptômes et tableaux cliniques qu'englobe maintenant la démence précoce à un trouble fondamental et de préciser sa nature.* . . . .

Ce trouble ne peut évidemment être recherché parmi les symptômes cliniques ordinaires, tels que les hallucinations, les idées délirantes, les manifestations catatoniques ou les états d'excitation et de dépression. Ces symptômes n'ont rien de constant ni de caractéristique, comme nous venons de le voir. Devant constituer leur base commune, le trouble fondamental ne peut se trouver parmi eux. Il doit être recherché en dehors d'eux, sur un autre plan. Les efforts pour parachever la synthèse de la démence précoce et pour en faire une véritable entité nosologique se retourneront donc tout naturellement vers les fonctions psychiques élémentaires. C'est ici qu'on espérera trouver la clef de ce comportement particulier que présentent tous les déments précoces, malgré les variétés infinies qui les distinguent les uns des autres, du point de vue symptômatique.

Les notions courantes de la psychologie se montrent cependant rapidement insuffisantes. En prenant pour point de départ la triade traditionnelle : intelligence, sentiment, volonté, on s'aperçoit que le trouble en

question ne peut être rapporté à aucune de ces facultés. Ni l'aboulie, ni l'indifférence ou l'inémotivité, ni encore moins l'affaiblissement intellectuel, ne sont caractéristiques de la démence précoce. Il s'agit bien davantage d'éclipses électives de chacune de ces facultés se produisant par rapport à certaines situations ambiantes, que de leur abolition globale.

Les conceptions psychopathologiques se déplacent alors. Elles s'orientent vers les facteurs régulateurs du psychime, vers les facultés supérieures. Kraepelin lui-même, après avoir parlé d'un affaiblissement des mobils effectifs du vouloir et d'une perte de l'unité intérieure, ramène ces deux troubles à une défaillance des idées, des sentiments et des tendances d'ordre général. Il parle, dans ce sens, d'un trouble de l'abstraction. Celui-ci aurait pour conséquence l'incapacité de transformer les perceptions en idées plus abstraites, les sentiments inférieurs en sentiments d'ordre plus général, les impulsions isolées en tendances plus constantes. Kraepelin ébauche même une hypothèse psychophysiologique de la démence précoce, en localisant cette faculté d'abstraire dans les couches micro-cellulaires supérieures de la corticalité. (1) Masselon, lui, met au premier plan les troubles de l'attention et compare l'attitude des déments précoces avec une distraction perpétuelle. Weygand, en faisant siennes les notions de Wundt, parle de démence aperceptive. Aucune de ces

(1) Traité, 8me édition, p. 746-749 et p. 905.

conceptions, se rapportant aux fonctions supérieures du psychisme, ne se maintient cependant à la longue. Incapables de traduire le trouble essentiel de la démence précoce, elles cèdent de plus en plus le pas à des notions d'un ordre différent.

Les expressions comme « discordance » (Chaslin), « ataxie intrapsychique » (Stransky), « dysharmonie intrapsychique » (Urstein), « perte de l'unité intérieure » (Kraepelin), « dissociation » (Claude et Levy-Valensi), « schizophrénie » (Bleuler) impliquent l'idée que l'atteinte est portée non pas à telle ou telle fonction, mais bien davantage à leur cohésion, à leur jeu harmonieux, dans son ensemble. Pour employer une image, le trouble essentiel n'altère pas une ou plusieurs facultés, quel que soit leur ordre dans la hiérarchie des fonctions, mais réside bien davantage entre elles, dans « l'espace interstitiel ». Cependant, toutes ces expressions ne sont, au fond, par elles-mêmes qu'une constatation de fait, une désignation du désordre particulier que présentent les déments précoces ou les schizophrènes. Ceci est déjà beaucoup, puisque, de cette façon, les troubles discordants sont nettements séparés de la démence vraie. Mais en psychologues, et nous le sommes tous en psychiatrie, nous ne saurions nous en tenir là. Chaslin, par exemple, voit dans l'hébéphrénie atténuée un état discordant des facultés psychiques. *Mais en vertu de quels facteurs s'établit donc, à l'état normal, la concordance de ces mêmes facultés ?* Telle est la question qui se pose et qui reste, pour l'instant, sans réponse. Nous ne parvenons pas

encore à nous faire une idée nette du trouble fondamental de la démence précoce, ne sachant pas encore à quel facteur du psychime normal il doit être rapporté.

C'est alors que nous viennent en aide des comparaisons et des métaphores. On dirait qu'elles s'imposent par elles-mêmes là où il s'agit de mettre en relief les traits essentiels de la démence précoce. Kraepelin parle d'un « orchestre sans chef », Chaslin « d'une machine sans combustible » qui, quant à sa capacité de se remettre en marche, diffère, certes, d'une machine détériorée. M. Anglade, avec lequel nous avions eu la bonne fortune de nous entretenir de ces questions, nous disait qu'il n'employait plus l'expression « démence précoce » ; à la place, il parlait simplement de malades dissociés. Pour caractériser leur état, il les comparait volontiers à un livre, privé de reliure ; les pages se sont trouvées mélangées ; le volume est devenu illisible, et pourtant toutes les pages sont là, aucune ne manque ; quelle différence avec un livre dans lequel elles ont été déchirées irrémédiablement. Nous-mêmes, en tâchant de nous faire une idée du processus schizophrénique, nous nous sommes arrêtés, plus d'une fois, à l'image suivante ; un bâtiment est fait de briques et de ciment, les briques peuvent s'effriter, le ciment aussi ; l'édifice ne tient plus, il s'écroule, dans un cas, comme dans l'autre ; cependant, il s'agit dans les deux cas de choses différentes ; les ruines ne seront pas les mêmes, n'auront ni le même aspect, ni la même valeur ; il sera plus aisé de reconstruire une nouvelle

maison avec des briques intactes, qu'avec de la poussière.

Ces métaphores traduisent, on ne peut mieux, le besoin de plus en plus pressant de séparer entièrement le processus schizophrénique de l'affaiblissement intellectuel. Mais en plus, elles semblent serrer de bien plus près le caractère véritable de la schizophrénie, que toutes les définitions psychologiques que nous avions énumérées tout à l'heure.

Notre esprit de précision, cependant, se rebiffe. I ne saurait considérer ces métaphores que comme passe-temps, plus ou moins ingénieux et plaisant. L'accès de la science, de la vraie tout au moins, c'est à dire de la science exacte, devrait leur être interdit à tout jamais, selon lui. Et pourtant, un des plus grands philosophes contemporains, M.Bergson ne nous a-t-il pas rappelé, une fois de plus, que tout un côté de notre vie, et non le moins important, échappait entièrement à la pensée discursive. Les données immédiates de la conscience, les plus esentielles, appartiennent à cet ordre de faits. Elles sont irrationnelles. Elles n'en font pas moins partie de notre vie pour cela. Il n'y a aucune raison de les sacrifier à l'esprit de précision. Il faut, au contraire, essayer de les saisir sur le vif. La psychologie, pays désertique jusqu'à présent, brulé par les rayons trop ardents de la science exacte, se transformera alors peut-être en prairie verdoyante et fertile, se rapprochera enfin de la vie. Ne devrions nous pas nous inspirer de cette tendance, pour le problème qui nous intéresse plus particulièrement ici.

C'est ici que surgit la notion du *contact vital avec la réalité*.

Bleuler précisait les symptômes cardinaux de la schizophrénie, se rapportant à l'idéation, à l'affectivité et aux volitions du malade. Mais en même temps, grâce à la notion de l'autisme, les facteurs se rapportant aux relations avec l'ambiance commençaient à jouer un rôle de plus en plus important, dans sa conception. Le manque de buts réels et d'idées directrices, l'absence de contact affectif orientaient le concept dans une nouvelle voie. Tous ces troubles semblaient converger vers une seule et unique notion, comme nous avons essayé de le montrer, celle de *la perte du contact avec la réalité*. (1)

Le contact vital avec la réalité semble bien se rapporter aux facteurs irrationnels de la vie. Les concepts ordinaires, élaborées par la physiologie et la psychologie, tels que excitation, sensation, reflexe, réaction motrice, etc... passent à côté, sans l'atteindre, sans même l'effleurer. Les aveugles, les mutilés, les paralysés peuvent vivre en contact bien plus intime avec l'ambiance que les individus dont la vue est intacte et qui ont leurs quatre membres ; les schizophrènes, d'autre part, perdent ce contact, sans que leur appareil sensitivo-moteur, sans que leur mémoire, sans que

(1) E. Minkowski : La schizophrénie et la notion de maladie mentale. (Sa conception dans l'œuvre de Bleuler). Encéphale 1921.

leur intelligence même soient altérés. Le contact vital avec la réalité vise bien davantage le fonds même, l'essence de la personnalité vivante, dans ses rapports avec l'ambiance. Et cette ambiance de nouveau, n'est ici ni un ensemble d'excitation externes, ni d'atomes, ni de forces ou d'énergies. Non, elle est ce flot mouvant qui nous enveloppe de toutes parts et qui constitue le milieu sans lequel nous ne saurions vivre. « Les évènements » comme des ilôts en émergent, ils viennent ébranler les fibres les plus intimes de notre personnalité, la pénètrent. Et celle-ci de nouveau les fait siens, vibre, comme une corde tendue, à l'unisson avec eux s'en pénètre à son tour, et, en y joignant les facteurs dont se compose sa vie intime, réagit d'une façon personnelle, non pas par des contractions musculaires, mais par des actes, par des sentiments, par des rires ou des larmes, qui viennent se poser sur les flots du devenir ambiant, s'y perdent comme une goutte d'eau, s'en vont vers l'infini qui nous échappe. C'est ainsi que s'établit cette harmonie merveilleuse entre nous et la réalité, harmonie qui nous permet de suivre la marche du monde, tout en sauvegardant la notion de notre propre vie. Nous ne saurions insister ici davantage sur ce point important. Ce qui vient d'être dit devrait cependant suffir pour rendre probable ,tout au moins, que le contact vital avec la réalité concerne le dynamisme intime de notre vie. Les concepts rigides de notre pensée spatiale ne sauraient l'atteindre. Les métaphores semblent être bien plus à leur place ici que les définitione. Ce sont elles qui sont appelées à

rendre plus claire la notion du contact vital avec la réalité.

Notion entièrement nouvelle ? Certes, non. Heureusement, allions nous même dire, les modifications par trop révolutionnaires ne valant guère cher d'habitude. Janet dans sa théorie de la psychasthenie parle longuement de la fonction du réel. Cette notion, tout en n'étant pas identique avec celle du contact vital avec la réalité, a beaucoup de points communs avec elle. Et la circonstance que deux voies différentes s'orientent dans la même direction, ne prouve-t-elle pas qu'il s'agit là de choses vraies et importantes, qui de notre temps sont « dans l'air » pour ainsi dire.

La notion du contact vital avec la réalité et l'interprétation de la schizophrénie comme perte de ce contact nous remplissent involontairement d'aise. Cette notion parait, on ne peut plus simple et plausible. Le débutant l'assimile rapidement et s'en sert sans difficulté. En enthousiastes, nous serions presque portés à dire que cette notion est l'aboutissant principal de l'évolution du concept de démence précoce.

Mais alors, tout ce courant puissant de la psychiatrie clinique n'aurait mené, en fin de compte, qu'à une notion de psychologie et de psychopathologie générales ? Nous ne le croyons pas. Il est susceptible de rendre d'autres services encore, comme nous le verrons plus loin. Mais même si ce n'était pas le cas, cette acquisition nouvelle de la science ne serait pas négligeable. D'ailleurs n'est-ce pas le sort de maintes autres notions cliniques en psychiatrie ? La confusion

mentale doit, elle aussi, son origine au besoin de rétrécir le domaine des démences. Elle remplace le groupe des démences aiguës curables de Pinel. Défendue en France surtout par Delasiauve, elle émigre ensuite à l'étranger. Au cours de son évolution, après avoir subi maintes retouches et élargi ses cadres, elle est de nouveau mise à l'honneur dans son pays natal, grâce aux travaux de Chaslin avant tout. Enfin sous l'impulsion de Toulouse, Mignard et Juquelier, (1) elle aboutit à une notion d'ordre général, celle de *l'autoconduction*. Cette particularité de l'évolution de nos notions cliniques en psychiatrie ne saurait d'ailleurs nous surprendre; toute entité clinique ne devient-elle pas nette et précise pour nous, à partir du moment seulement que nous avons réussi de lui donner un solide fondement psychologique ? Aussi voyons-nous la psychiatrie moderne s'efforcer de mettre en évidence les troubles générateurs des entités cliniques qu'elle étudie.

Je crois pouvoir revendiquer, pour une part tout au moins, la paternité de la notion du contact *vital* avec la réalité, *en tant que point central de la schizophrénie*. Je n'ai évidemment pas « inventé » de toutes pièces cette notion. Les idées qui ne cherchent pas

(1) Toulouse et Mignard. Revue de Psychiatrie 1908, 1909, 1911, 1912. Annales Médico-psychologiques juin 1914. Toulouse, Juquelier et Mignard. Annales Médico-psychologiques, juillet-août 1920.

de trait d'union ni avec le passé, ni avec le présent n'ont d'habitude que peu de valeur. Les œuvres de Bergson ont exercé sur moi une grande influence. D'autre part, nous retrouvons l'idée d'une perturbation profonde des rapports avec le monde extérieur, d'un bout à l'autre du livre de Bleuler sur la schizophrénie. Bleuler cependant met au premier plan les symptômes cardinaux et élémentaires de cette affection, concernant l'idéation, l'affectivité et les volitions du malade, et tout en insistant sur la perte de contact avec la réalité (autisme), il ne fait pas cependant de cette perte un trouble générateur dont découleraient tous les autres. Le contact vital avec la réalité n'est pas pour lui un facteur régulateur essentiel de la vie, auquel on pourrait subordoner les autres fonctions psychiques. Fidèle à l'associationisme, il défend, dans sa théorie de la schizophrénie, l'opinion qu'un trouble particulier dans les associations des idées est le trouble premier de cette affection. Il cherche ensuite une base organique pour ce trouble.

En présentant aux aliénistes français la notion de schizophrénie, je n'ai pu m'empêcher d'y apporter une note personnelle. Qui saurait m'en blâmer ? L'analyse critique d'un ouvrage étranger ne peut servir que d'introduction à son étude. Si elle réussit de susciter l'intérêt du lecteur pour cet ouvrage son but est atteint. D'autre part, quand on a essayé de faire vraiment siennes les idées d'autrui, quand on les a vécues réellement, sans se contenter uniquement de les adopter telles quelles, on ne parvient pas toujours ensuite

à s'effacer entièrement. Ceci d'ailleurs n'a que peu d'importance. La science progresse par dessus les personnes de ses artisans dont elle se soucie fort peu, au fond.

Je fis ainsi du contact vital avec la réalité le point central de la conception de la schizophrénie. Une certaine dualité en résulta entre l'œuvre-maîtresse de Bleuler et mon analyse. Cette dualité a été mise, on ne peut mieux, en évidence par Villey-Desmésaret, dans sa thèse. (1) D'autre part, M. Mignard (2) a bien voulu souligner la note personnelle que j'avais apportée à la notion de schizophrénie, avant tout sous l'influence des idées bergsoniennes. J'insiste aujourd'hui sur ce point, dans l'intérêt même de la discussion. Ainsi la critique (3), par exemple, que « Nous sommes, dès l'abord, arrêtés par ce fait que le déséquilibre profond du contact avec la réalité est dans la schizophrénie non pas une conséquence d'autres troubles psychiques, mais un point essentiel d'où découlent, ou tout au

(1) Villey-Desmésarets. « Contribution à l'étude des doctrines en médecine mentale. Essai sur les courants actuels d'idées en psychopathologie. Freud, Bleuler, Janet. » « Thèse de Paris 1924. »

(2) M. Mignard. « Subduction mentale morbide et réactions psychopathiques secondaires. » Encéphale, mai 1925.

(3) H. Claude, A. Borel et Gilbert Robin. « Démence précoce, schizomanie et schizophrénie. » Encéphale, mars, 1924. p. 147.

moins à partir duquel se laissent envisager d'une façon uniforme tous les symptômes cardinaux de cette affection mentale, cette critique, disons-nous, avec toutes les conséquences qu'elle comporte, vise bien davantage ma conception que celle de mon maître.

La notion de perte de contact vital avec la réalité, en tant que trouble essentiel de la schizophrénie, a d'ailleurs orienté ma pensée et mes recherches dans une direction qui peut-être n'est pas entièrement dénuée d'intérêt. Nous essayerons de la mettre en évidence dans les chapitres suivants.

CHAPITRE II.

Démence intellectuelle et démence schizoprénique (1).

L'enthousiasme de la première heure une fois passé, le besoin se fait sentir d'analyser et de situer la notion du contact vital avec la réalité d'une façon plus précise que ceci n'a été fait jusqu'ici. La brève formule que la schizophrénie consiste en une perte de ce contact ne saurait nous suffir à la longue. Nous lui demandons davantage. Il s'agit de voir maintenant, comment nous pouvons interpréter, de ce point de vue, les caractères essentiels du processus schizophrénique, c'est a dire jusqu'à quel point cette notion peut se montrer féconde à l'épreuve, et contribuer au progrès de notre science. Nous exigeons d'elle de ne pas être uniquement une hypothèse explicative, mais, en plus, de nous servir d'hypothèse de travail.

Nous disions tout à l'heure l'influence qu'avait exercée sur notre pensée l'œuvre de Bergson. La notion

(1) Voir E. Minkowski : « Les notions bergsoniennes en psychopathologie. » Journal of Mental and Nervous diseases, doit paraître prochaînement.

du contact vital avec la réalité devenait, pour ainsi dire, le point de jonction de l'effort clinique de l'école de Zurich et des idées bergsoniennes. La direction dans laquelle il fallait essayer de se frayer passage se trouvait ainsi toute tracée devant nous. Nous nous y sommes engagés, fort de la conviction que la psychologie et avec elle la psychopathologie ne peuvent que gagner au contact de la philosophie, la vraie philosophie ayant toujours été une source inépuisable d'enseignement et de connaissance de psychologie humaine.

Il n'est guère nécessaire d'exposer ici en détail les idées de Bergson. Elles sont suffisamment connues de nos jours. Rappelons simplement *l'opposition fondamentale entre l'intelligence et l'instinct* qu'il établit.

« Tandis que l'instinct, dit Bergson, est moulé sur la forme même de la vie, l'intelligence est, au contraire, caractérisée par une incompréhension naturelle de celle-ci.

L'intelligence, telle qu'elle sort des mains de la nature, a pour objet principal le solide inorganisé. Elle ne se représente clairement que le discontinu et l'immobilité. Elle n'est à son aise ainsi que dans le mort. Elle se comporte invariablement comme si elle était fascinée par la contemplation de la matière inerte. De là son étonnement quand elle se tourne vers le vivant et se trouve en face de l'organisation.

Justement parce qu'elle cherche toujours à reconstituer et à reconstituer avec du donné, l'intelligence lais-

se échapper ce qu'il y a de nouveau à chaque moment d'une histoire. Elle n'admet pas l'imprévisible. Elle rejette toute création. Ainsi concentrée sur ce qui se répète, uniquement préoccupé de souder le même au même, lintelligence se détourne de la vision du temps. Elle répugne le fluent et solidifie tout ce qu'elle a touché. Nous ne pensons pas le temps réel, mais nous le vivons. » (Bergson. Evolution créatrice).

La psychopathologie ne pouvait ne pas être amenée à poser tôt ou tard la question, si les conceptions de Bergson n'étaient pas susceptibles de projeter une lueur nouvelle sur les problèmes devant lesquelles les notions de la psychologie courante avaient échoué jusque là. Il s'agissait de voir, en même temps, jusqu'à quel point les faits psychopathologiques pouvaient être appelés à confirmer les données, mises en évidence par l'intuition géniale du grand philosophe. Une tentative pareille est, au fond, toute naturelle. Les processus morbides, en agissant bien souvent d'une façon élective, dissocient, pour ainsi dire, les diverses fonctions et nous les montrent à l'état nu. La pathologie réussit souvent là où la physiologie ne parvient pas à démêler toute la complexité des facteurs qui entrent en jeu.

Dans la vie, l'intelligence et l'instinct, ou dans d'autres termes, les facteurs de notre psychisme, se rapportant au solide, à l'inerte, à l'espace, d'une part, et ceux se rapportant à la durée vécue, au dynamisme, de l'autre, s'entrepénétrent mutuellement et forment un tout harmonieux. Insuffisant à lui seul à assurer

l'existence de l'individu, chacun de ces deux groupes de facteurs vient compléter l'autre, en limitant, en même temps, d'une façon naturelle et appropriée, son champ d'action. Mais cette harmonie, ne peut-elle pas subir, sous l'influence de modifications pathologiques, des perturbations notables ? L'instinct, par exemple, ne peut-il pas être lésé en première ligne ? L'intelligence dans ce cas, privée de son frein naturel, ne cherchera-telle pas à suppléer tant bien que mal à l'instinct, défaillant, et n'aboutira-t-elle pas ainsi à des formes monstrueuses. Inversement, les éléments de l'intelligence ne peuvent-ils pas être le siège de la lésion première, avec conservation ou déformation secondaires des facteurs se rapportant à la durée ? Telles sont les questions qui se posent maintenant. Ces questions ne mènent aucunement à des spéculations abstraites, comme d'aucuns auraient pu le craindre. Au contraire, elles mènent, comme nous le verrons tout à l'heure, à une série de faits, à des faits qui, n'étant pas compris dans la façon usuelle d'envisager les phénomènes psychopatiques, ont été, peut-être de trop, négligés par nos prédecesseurs.

Nous comparerons tout d'abord, de ce point de vue, les deux grands processus mentaux que la psychopathologie est arrivée à dégager jusqu'ici, nous voulons dire, le processus schizophrénique et l'affaiblissement intellectuel (1) qui, tous deux, après

(1) Voir à ce sujet : E. Minkowski et M. Tison. « Considérations sur la psychologie comparée des schizophrènes et

une progression plus ou moins lente, aboutissent à des états terminaux spécifiques et dissemblables. Maints auteurs ont insisté, dans les derniers temps, sur la différence fondamentale entre ces deux grands processus morbides. Toutefois, malgré l'évidence de cette différence, il n'est guère facile de la préciser. Nous pouvons certes définir, sans inconvénient, l'affaiblissement intellectuel comme perte du jugement et de la mémoire. Mais il n'en est plus de même pour le déficit schizophrénique. Il s'agit ici de tout autre chose. Le mot « démence », employé encore parfois, ne traduit que d'une façon fort imparfaite le caractère essentiel de ce déficit.

« Dans une schizophrénie, même avancée, toutes les fonctions élémentaires de psychisme, autant qu'elles sont accessibles à l'exploration, se montrent intactes. La mémoire plus particulièrement est conservée chez les schizophrènes, contrairement aux déments vrais ». (Bleuler.) Souvent on est surpris de trouver chez ces malades « sous une enveloppe démentielle une intelligence beaucoup moins atteinte qu'on ne croirait, comme endormie seulement ». C'est que « les symptômes de la folie discordante *simulent* souvent très promptement la démence : délire incohérent à froid, indifférence, actes bizarres de divers genres, ou bien inactivité complète de l'intelligence avec occupations devenues d'ordre inférieur, stupeur avec attitudes bi-

des paralytiques généraux. « Société de Psychiatrie de Paris, février 1924. Journal de Psychologie, octobre 1924.

zarres, actes incohérents etc. et malgré cela le plus souvent, aucun signe d'affaiblissement intellectuel proprement dit, même passager, pas de perte de mémoire, pas d'erreur de jugement ». « Contrairement aux déments vraiment organiques, dont le fonctionnement intellectuel est bien plus défectueux qu'il ne paraît au premier abord, il semblerait que rien n'est irrémédiablement perdu, qu'un peu d'effort suffirait à redonner du mouvement à toute une vie cérébrale. » Pourtant il s'agit de très grands malades qui « sont réduits en apparence bien souvent à une vie purement végétative et automatique, tels des idiots. » (Chaslin). (1)

Que leur manque-t-il alors et en quoi diffèrent-ils des déments, dans le sens strict du mot ?

C'est le problème de cette différence foncière que nous essayerons d'aborder maintenant,en prenant pour point de départ l'opposition entre l'intelligence et l'instinct dont nous avons parlé tout à l'heure. Ce point de départ, en s'inspirant des idées bergsoniennes, confèrera, en plus de l'orientation générale, un caractère particulier à nos recherches. Sans se contenter de compa-

(1) Nous citons ici les paroles de Chaslin sur les fous discordants, car cette notion vise, en majeure partie, la même catégorie de malades que Kraepelin désigne du nom de démence précoce et Bleuler de schizophrénie. Au sujet des différences, existant entre les conceptions de ces trois auteurs, voir mon article « La génèse de la notion des schizophrénie etc. » Evolution Psychiatrique; Payot 1925.

rer uniquement ce qui fait défaut aux malades, il s'agira de faire ressortir en même temps ce qui *reste intact* chez eux et de préciser la différence, dans leurs réactions et dans toute leur façon d'être, de ce côté également.

Nous commencerons l'étude des deux processus en question par la comparaison des degrés ultimes de déchéance auxquels ils aboutissent.

Nous avons choisi en attendant, comme représentants de l'affaiblissement intellectuel, uniquement des paralytiques généraux. Cette affection présente, pour nos recherches, cet avantage qu'elle atteint d'habitude des individus en pleine force. L'affaiblissement intellectuel ne vient donc pas s'enchevêtrer chez eux avec d'autres facteurs, tels que, par exemple, les modifications physiologiques de la vieillesse chez les déments séniles. Il existe ici, pour ainsi dire, à l'état pur.

Je demande à un paralytique général, arrivé à la période de gâtisme : « Où êtes-vous ? » Il répond : « Ici ». De crainte qu'il ne s'agisse là d'une manifestation purement verbale et automatique de sa part, j'insiste : « Mais où ici ? » Le malade frappe du pied, pour indiquer l'endroit où il se trouve, ou le montre de son index ou enfin d'un geste indique la chambre qu'il occupe. « Mais ici ? », nous dit-il, paraissant même étonné et agacé par notre insistance.

Il ne s'agit point là d'une réaction contingente, mais bel et bien d'une manifestation que nous retrouvons chez ces malades avec une fréquence surprenante.

Le schizophrène lui, s'il répond, en général, à la

question posée, le fait d'habitude correctement, en mentionnant l'endroit où il se trouve. Par contre, combien de fois nous dit-il que, tout en sachant où il est, il ne *se sent* pas à la place qu'il occupe, qu'il ne se sent pas dans son corps, que le « j'existe » n'a pas de sens précis pour lui.

Des facteurs de deux ordres différents interviennent dans notre orientation dans l'espace. Les facteurs d'ordre statique situent les objets, les uns par rapport aux autres, dans l'espace géométrique, où tout est immobile, relatif et reversible. Mais en plus nous *vivons* dans l'espace et le moi agissant pose, à chaque instant, devant soi-même la notion fondamentale du « moi-ici-maintenant » et en fait un point absolu, un véritable centre du monde. Dans la vie normale ces facteurs s'entrepénètrent. Nos connaissances et nos images mnésiques viennent se grouper autour du « moi-ici-maintenant » fondamental et nous permettent de dire, selon les circonstances : « Je suis maintenant à Paris, à Londres ou à mon bureau de travail ».

Chez le paralytique général les connaissances, les souvenirs, en un mot les facteurs statiques font défaut. (1) Il est désorienté dans l'espace, dans le sens courant du mot. Cependant la charpente fondamen-

(1) Nous laissons de côté la question si ces éléments sont détruits d'une façon irréparable ou si simplement ils n'interviennent plus utilement, en raison de troubles fonctionnels.

tale du « moi-ici » reste intacte et agissante. Le schizophrène, par contre, *sait* où il est, mais le « moi-ici » n'a plus sa tonalité habituelle et défaille.

A un stade moins avancé, nous observons chez le paralytique général des réactions d'une structure un peu plus complexe, mais dont le caractère reste toujours le même. A la question : « D'où venez-vous ? », le malade répond : « De là où j'étais avant. » Il est évidemment désorienté dans l'espace, incapable de nommer l'endroit d'où il vient. La charpente dynamique cependant du changement de lieu qui se traduit par la relation : endroit X avant, endroit Y maintenant, reste intacte.

A la même catégorie de faits appartiennent les manifestations suivantes :

Q. Où êtes-vous ? — R. Là où j'ai fait ma toilette ce matin. Ou encore : là où je suis depuis quelque temps.

Q. Quelle est cette maison ? R. C'est la maison où j'ai été mis.

Q. Qui est ce monsieur ? — R. C'est un monsieur qui est ici.

Q. Que faites vous ? — R. Pour l'instant je reste là.

Plaçons maintenant un paralytique général, arrivé à la période démentielle, devant une glace et demandons lui : « Qui est-ce ? » Il répond : « Moi ». Nous continuons : « Mais qui moi ? » Il décline alors son nom et sa profession. Cette réaction est bien moins constante chez les schizophrènes, à un stade avancé de l'affection. Ils répondent : « moi », et puis « mon ac-

tivité, ma personalité, ou encore : c'est de l'énergie, ou enfin en abondant de suite dans le sens de leurs idées délirantes, donnent des réponses telles que « moi, le fils de Claude Farrère. » Une de nos malades répond : « Je sais qui c'est. », et elle appuie à plusieurs reprises sur le « je sais » pour bien marquer qu'elle ne l'éprouve plus. « Je sais qui c'est, continue-t-elle, mais c'est une simple constatation, il n'y a rien dedans ; c'est une drôle de bobine, un regard fixe, oblique et glacial... »

Le paralytique général suit ainsi, avec les derniers vestiges de son activité psychique, la voie tracée par le moi social. Le schizophrène, par contre, ne le fait pas, et accuse toujours un degré plus ou moins grand de dépersonnalisation. L'affirmation du moi fait défaut ici.

Le sens des suppléances reste également intact, pendant longtemps, chez le paralytique général. Il suffit de lui demander la date, pour qu'il prenne instinctivement le journal qui se trouve auprès de lui. Un paralytique général complètement dément répond à la question : « Quel jours sommes-nous ? » — « Je n'ai rien pour le savoir ». Un autre, quand nous lui demandons la date de sa naissance, répond : « Je ne puis pas le dire, je n'ai pas mon alliance ». Dans l'alliance, il trouverait gravée non pas la date de sa naissance, mais celle du mariage, mais il ne se rend plus compte de celà ; il sait par contre, qu'il existe des moyens pour suppléer la mémoire défaillante et les recherche instinctivement.

Tout autre est le comportement du schizophrène. Il connait bien souvent la date, mais cette connaissance n'a plus de sens précis pour lui ; il n'en fait plus usage d'une façon adéquate aux exigences ambiantes. Le facteur *pragmatique* est touché en premier lieu chez lui.

Un paralytique général ; présentant un état de démence profonde, répond à la question : Que faites-vous ? — « J'attends les évènements et je fais des projets ». Un autre malade, arrivé à un degré extrême de déchéance intellectuelle, ne pouvant presque plus parler, s'aperçoit que j'ai oublié mon chapeau dans sa chambre et en rit. Pour le schizophrène, par contre, rien de ce qui est évènement, projet, mouvement, ne semble plus exister.

Ces quelques comparaisons établissent la différence fondamentale entre les états terminaux auxquels aboutisent l'affaiblissement intellectuel dans la paralysie générale, d'une part, et le processus schizophrénique, de l'autre.

Nous ne saurions les confondre. *Ce sont les facteurs statiques qui font défaut dans le premier cas, tandis que dans le second c'est, au contraire, tout le dynamisme mental qui fléchit.*

Cette formule est évidemment trop schématique. Le mot dynamisme peut surtout prêter à confusion. La physique l'emploie aussi. Mais ici, dans l'étude du mouvement, comme l'a si bien montré Bergson, le temps est déjà conçu comme ligne droite et assimilé ainsi à l'espace. Tout ce qui est mouvement et progres-

sion, tout ce qui est temps réel est d'emblée exclu de cette conception.

Le dynamisme vrai, en tant qu'ensemble de facteurs se rapportant à la durée vécue, est tout autre chose. C'est de ce dernier que nous parlons ici. Nous le faisons d'ailleurs d'une façon imparfaite et provisoire. Il ne saurait en être autrement. Une base solide nous manque encore, dans ce domaine. Pour l'établir, il ne s'agirait de rien moins que de préciser et de grouper tous les phénomènes de notre vie se rapportant au temps réel, et de voir ensuite, comment ils se comportent, aussi bien dans le psychisme normal que dans le psychisme morbide, de créer, en un mot, une psychologie et une psycho-pathologie du temps vécu. Tâche difficile, s'il en fut, mais aussi tâche indispensable pour quiconque veut comprendre l'âme humaine, dans son fonctionnement normal et dans ses déviations pathologiques.

Toutefois, en attendant de pouvoir faire mieux, nous croyons que la formule dans laquelle nous avons résumé nos observations traduit, d'une façon adéquate, la différence étudiée. D'ailleurs, le contraste que nous venons d'établir, entre les états terminaux des paralytiques généraux et des schizophrènes, se laisse poursuivre plus loin. Il projette également une lueur sur les phases antérieures de ces deux affections et fait ressortir, sous l'angle adopté au début de cette étude, les traits essentiels de chacune d'elles.

Commençons par les paralytiques généraux.

A mesure que nous nous éloignons de la période

terminale, l'interprétation des faits devient plus difficile. Le caractère essentiel, mis en évidence tout à l'heure, se laisse cependant retrouver.

Le cadre fixe des années, des mois, des semaines, en un mot, la notion de la durée mesurable, c'est-à-dire assimilée à l'espace, est bien souvent abolie. Mais ceci est loin de vouloir dire que toute notion se rapportant au temps a disparu. Un malade peut raconter correctement, par ordre chronologique, ce qu'il a fait pendant la guerre, mais il ne sait plus ni quand la guerre a commencé, ni quand elle s'est terminée. Le souvenir de la succession d'un certain groupe de faits est conservé, tandis que la faculté de les rapporter à un point fixe, à une année déterminée, ne semble plus exister.

L'image spatiale de la durée disparait ainsi. Les éléments dont se compose la notion du temps, privés de l'étreinte de ce cadre fixe, s'épanouissent librement, pour ainsi dire. Ils envahissent, dans leur mobilité extrême tout le psychisme de l'individu. Il n'y a que succession *immédiate*, pénétration et vitesse extrême, dans les fabulations et les projets délirants des malades. (1)

(1) Là peut-être réside une des différences essentielles, examinées de ce point de vue, entre le comportement des paralytiques généraux et celui de certains maniaques. Les projets maladifs de ceux-ci restent, semble-t-il, encadrés par la durée mesurable. Ils comptent encore avec le temps,

Les expressions comme : *tout à l'heure, tout de suite, dernièrement, tantôt*, reviennent avec une fréquence surprenante dans leurs dires. Une malade nous parle tous les jours de son mari qui, selon elle, doit venir la chercher. Il est déjà là, il monte l'escalier, il sera tout de suite dans la chambre et l'emmènera immédiatement après. Ou encore, ce sont des autos qui filent à huit cents kilomètres à l'heure, ou des voyages en Argentine, faits en cinq minutes.

Ils vivent, dirait-on, uniquement dans l'avenir. C'est le futur que nous trouvons avant tout dans leurs dires.

Ce dynamisme envahit tout l'individu, le déborde, se propage à travers tout l'univers. Ce sont alors les symptômes de la période délirante de la paralysie générale. Le malade fait des projets pour l'avenir immédiat, projets grandioses, ne connaissant plus de bornes. Il ira de suite aux courses de Longchamps, puis fera le tour du monde. Il fera aussi sauter toutes les îles de l'Océan, puis ira chercher la lune pour la mettre dans un verre. Il est tout puissant, il se sent en état de faire tout ce qui se fait au monde, des greffes, des croisements d'animaux, il peut remettre tous les morts

dans le sens ordnaire du mot, et fixent la réalisation de leurs projets paur « demain », « après-demain » ou dans « quelques jours », tandis que le paralytique général vit avant tout dans la succession immédiate qui déborde tout. Ceci d'ailleurs à titre de simple supposition. Nous ne saurions dire davantage sur ce sujet aujourd'hui.

sur pied. Il associe d'ailleurs tous les êtres vivants à cet épanouissement extraordinaire de ses forces. Il distribue ses millions, veut que tout le monde soit heureux ; il emmène tous les médecins et toutes les infirmières dans ses randonnées fantastiques. Il ira à Rome demander la licence de mariage pour tous les curés et toutes les religieuses ; il fera mettre en liberté tous les poissons.

Tout est mouvement ici, et rien que mouvement, se déployant avec une rapidité vertigineuse, ne tenant compte d'aucun obstacle, d'aucune distance, d'aucune durée mesurable. Ce mouvement envahit tout, déborde l'individu, efface les limites qui existent entre celui-ci et l'univers, le transforme avec le monde ambiant en un seul océan mouvant. Le malade traduit cet état de choses dans le langage habituel, à l'aide d'idées de grandeur absurdes, connues de tout le monde.

Comparons maintenant avec ce tableau la façon dont une schizophrène, après plusieurs années de maladie dépeint son état d'âme : « Tout est immobilité autour de moi. Les choses se présentent isolément, chacune pour soi, sans rien évoquer. Certaines choses qui devraient former un souvenir, évoquer une immensité de pensées, donner un tableau, restent isolées. Elles sont plutôt comprises qu'éprouvées. C'et comme des pantomines, pantomines qu'on jouerait autour de moi mais je n'y entre pas, je reste en dehors. J'ai mon jugement, mais l'instinct de la vie me manque. Je ne parviens plus à donner mon activité d'une façon suffisamment vivante. Je ne puis plus passer des cordes douces

aux cordes tendues, et pourtant on n'est pas fait pour vivre sur le même thème. J'ai perdu le contact avec toutes espèces de choses. La notion de la valeur, de la difficulté des choses a disparu. Il n'y a plus de courant entre elles et moi, je ne peux plus m'y abandonner. C'est une fixité absolue autour de moi. J'ai encore moins de mobilité pour l'avenir que pour le présent et le passé. Il y a en moi comme une sorte de routine qui ne permet pas d'envisager l'avenir. Le pouvoir créateur est aboli en moi. Je vois l'avenir comme répétition du passé ».

Il ne s'agit pas là, je m'empresse de le dire, d'une page de roman. Non, ce sont les dires d'une malade qui passe ses journées au lit ,dans un état d'inertie complète, qui, quand elle se lève, se meut comme un automate, qui a des illusions auditives et manifeste des idées de transformation corporelle, et qui enfin, chez elle, profitant d'un moment d'inattention, a mis le feu à ses vêtements, pour se procurer, comme elle l'explique, des sensations vives qui lui font entièrement défaut.

Ne serait-ce pas là la clef de voûte de tout le problème de la schizophrénie ?, question paraissant d'autant plus plausible que les dires de notre malade sont loin d'être un fait isolé et exceptionnel. Au contraire, nous retrouvons des manifestations semblables, pour ne pas dire identiques, avec une fréquence surprenante, chez les schizophrènes, à condition d'y faire attention. Nous les entendrons dire alors que leurs « idées sont immobiles comme des statues » ou encore qu'elles

« sont statiques et manquent de tendance à la réalisation » ou employer d'autres expressions analogues, servant à traduire le statisme qui les envahit progressivement et donts ils souffrent, quand ils ont conscience de leur état. Leur attitude et leurs réactions portent d'ailleurs aussi bien souvent l'empreinte de ce statisme morbide et nous le retrouvons jusque dans les mouvements stéréotypes qui, au fond, ne sont qu'un éternel recommencement, sans progression aucune. On ne saurait imaginer de contraste plus grand avec le tableau, retracé plus haut, du paralytique général.

En insistant davantage sur ce contraste, nous n'avons d'ailleurs fait que préciser une différence importante, constatée par tous ceux qui ont eu à s'occuper de la question. *La spécifité des états terminaux* constitue, comme nous le savons, un des critères essentiels auxquels Kraepelin fait appel, pour ériger sa notion synthétique de démence précoce. Il parle, dans ces cas, de « Verblödung » et voici ce que M. Nayrac dit, dans sa thèse, de ce vocable : « D'ordinaire, les auteurs français ont traduit ce mot par celui de démence, ce qui, nous le verrons, n'a pas été sans entrainer des confusions, la « Verblödung » désignant, à notre avis, autre chose que la démence. Ne serait-ce que par pur respect du vocabulaire, nous avons cru bon d'employer un autre nom pour le désigner. « Verblödung » exprime dans le langage courant le fait de rendre quelqu'un timide, honteux, au point de lui donner l'aspect d'un arriéré intellectuel. Faute d'un équivalent

français, nous avons traduit « Verblödung » par « paradémence » (1).

Bleuler parle chez les schizophrènes de *démence affective* et souligne ainsi, une fois de plus, la différence fondamentale, existant entre la déchéance schizophrénique, d'une part, et de la démence intellectuelle ou démence tout court, de l'autre. Moi-même, en donnant la préférence aux facteurs, se rapportant à l'épanouissement de la personnalité, c'est à dire à l'activité personnelle du sujet ,j'ai parlé, dès ma première étude sur la schizophrénie, de *démence pragmatique*. La réunion de ces deux termes n'est d'ailleurs peut-être pas très heureuse. Il parait préférable de supprimer ici entièrement le mot de démence, si cette expression doit signifier l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, et de parler de *déficit pragmatique*. Quoiqu'il en soit, le terme proposé semble avoir touché un côté essentiel du problème. Nous avons trouvé une confirmation précieuse de notre façon de voir dans les récentes recherches de M. Claude et de ses élèves. Ces auteurs ont insisté également, dans les cas décrits par eux sous le nom de schizomanie, sur la discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique. (2)

(1) P. Nayrac. Essai sur la démence paranoïde. Thèse de Lille 1923.

(2) H. Claude, A. Borel et G. Robin. « Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous

Pour terminer, nous citons la définition que donnent Dide et Guiraud de la démence précoce. (1)

« L'affection, disent ces auteurs, se caractérise par le fléchissement d'emblée et précoce des *sources instinctives de la vie mentale*, issues directement de l'activité organique et cénesthésique. Les opérations purement intellectuelles ne sont modifiées qu'accessoirement ; leur désordre consiste pendant longtemps en obstruction et en orientation contradictoire et non en disparition primitive de la fonction. L'affaiblissement de *l'élan vital* et de l'affectivité est l'élément nécessaire et suffisant pour caractériser la maladie ». Aussi proposent-ils d substituer à « Démence précoce » le terme de « *Athymhormie juvénile* » qui exprimerait bien, la « perte de l'élan de l'âme cénesthésique et affective ».

En mettant de côté l'interprétation organiciste que Dide et Guiraud donnent à leur conception, ainsi que la question de l'existence de « l'âme cénesthésique », nous sommes trop heureux de relever, dans le plan psychologique, les points communs entre les idées de ces deux aliénistes distingués et nos propres recherches,

l'influence d'un complexe affectif. » Annales médico-psychologiques, 1923. H. Claude, G. Robin et P. Roubenovitch. « La schizomanie simple ». Société médico-psychol., novembre 1925. P. Roubenovitch. Contribution à l'étude de la schizomanie. Thèse de Paris, 1926.

(1) Dide et Guiraud. Psychiatrie du médecin praticien. Masson, 1922.

exposées dans les pages précédentes, ceci d'autant plus que, premièrement, cette similitude ne se réduit pas uniquement à des simples formules ou définitions, mais concerne la mise en valeur de *faits précis*, dont nous aurons encore à parler, et deuxièmement, parce que Dide et Guiraud, loin d'adopter la notion Bleulerienne de schizophrénie, emploient plutôt le terme de « démence précoce » dans sa signification plus étroite. Nous attribuons une grande importance à cette dernière circonstance. La concordance de vues, existant malgré des points de départ différents, sert de vérification précieuse. D'autre part, les constatations de Dide et Guiraud, s'appliquant justement également au cas de démence précoce, dans le sens restrictif du mot, viennent confirmer ce que Kraepelin et Bleuler ont enseigné de tout temps, nous voulons dire, que dans aucun cas de démence précoce, quelle que soit la façon dont a été employé ce terme, il ne saurait être question de démence vraie, en tant que défaillance primitive des fonctions purement intellectuelles, telle que nous la trouvons dans la paralysie générale, par exemple. Notre propre expérience nous fait nous ralier à cette façon de voir .Les guérisons spontanées tardives, impossibles à prévoir d'avance, survenant après de longues années de maladie, chez des sujets qui présentaient extérieurement tous les signes d'une déchéance complète et durable, parlent dans le même sens. Nous ne saurions mieux faire que de rappeler ici ncore une fois les paroles de Chaslin, cités plus haut au sujet des fous discordants.

CHAPITRE III

La pensée des schizophrènes.
(Rationalisme et géométrisme morbides.)

———

Il ne saurait être question de passer ici en revue toutes les conséquences que comporte, pour la psychopathologie de la schizophrénie, le point de vue que nous avons essayé de mettre en évidence. Nous nous bornerons à montrer, à quelques exemples, vers quels « faits » ce point de vue oriente nos recherches, et comment il permet de les interpréter. Nous verrons de cette façon comment le schizophrène, privé de la faculté d'assimiler tout ce qui est mouvement et durée, tend à construire son comportement de facteurs et de critères, dont le domaine propre, dans la vie normale, sont uniquement la logique et les mathématiques. La vie déborde à chaque instant ces facteurs. Toute tentative de les y appliquer, d'une façon continue et absolue, ne peut mener qu'à des aberrations. Nous parvenons cependant maintenant à comprendre l'origine de celles-ci.

Voici l'observation d'un malade que nous essayerons

d'analyser, conformément à ce qui vient d'être dit, et que nous avons décrit avec M. Rogues de Fursac sous le nom de « rationalisme morbide ». (1).

Il s'agit d'un instituteur, âgé de trente-deux ans, qui vient nous consulter au Dispensaire de Prophylaxie mentale. Il se plaint d'une « décomposition physiologique » qu'il ressent depuis quelque temps, de « vide dans la tête » qu'il attribue à une salivation exagérée ; sa voix le « suggestionne » ; elle est « comme morte » et produit l'impression d'une « voix de revenant ». Tout son être d'ailleurs ainsi que sa voix, nous dit-il, subissent une « régression » ; il se sent reporté à l'époque d'il y a quinze ans, époque à laquelle il débutait dans l'enseignement, comme jeune suppléant

Notre malade n'a ni hallucinations, ni idées délirantes : nous ne constaterons pas non plus chez lui le moindre signe d'affaiblissement intellectuel, mais, dès le début de notre examen, nous sommes frappés par son attitude et cette impression n'a fait que s'accentuer au cours des conversations que nous avons eues avec lui.

C'est cette attitude que nous essayerons de préciser maintenant. Le détail suivant paraît très caractéristique ; nous le choisissons, pour cette raison, comme point de départ. Le malade nous raconte que, de-

(1) J. Rogues de Fursac et E. Minkowski. « Contribution à l'étude de la pensée et de l'attitude autistes. (Le rationlalisme morbide) Encéphale 1923.

puis des années déjà, il s'intéresse beaucoup aux problèmes philosophiques ; il avait pris l'habitude d'inscrire ses réflexions et a réuni ainsi un stock considérable de notes. Nous lui demandons, s'il avait lu beaucoup d'œuvres philosophiques. Voici la réponse : « Non, au contraire, je m'étais imposé le devoir de ne pas lire, pour ne pas déformer ma pensée. » Il fuyait d'ailleurs aussi les hommes, « pour ne pas être troublé dans ses réflexions ». L'attitude morbide se dessine ainsi, on ne peut plus nettement. Il s'isole du monde pour puiser en lui-même la source de ses pensées philosophiques. Nous ne serons plus trop surpris maintenant d'apprendre qu'une de ses découvertes consiste à faire « découler l'esprit de l'action des acides sur les terminaisons nerveuses ».

Voilà une attitude singulière en vérité. Trouble du jugement, dirons-nous, pour la qualifier. Mais aurons-nous tout dit ? Pourquoi le trouble du jugement se manifeste-t-il de cette façon et pas d'une autre ; à quoi se rapporte-t-il, au fond ? N'y a-t-il pas lieu, conformément à ce qui a été dit plus haut, d'approfondir davantage, du point de vue psychologique, l'attitude morbide, que nous avons devant nous ? Nous chercherons à le faire, en confrontant la façon d'être de notre malade avec les facteurs correspondants de la personnalité humaine normale.

Nous éprouvons tous, de temps en temps, le besoin de nous isoler de l'ambiance et de rester en tête-à-tête avec nous-mêmes. C'est en nous-mêmes que nous cherchons à puiser les forces vives de notre ac-

tivité et de notre travail. Mais, si nous trouvons ainsi en nous-mêmes la source des manifestations les plus élevées de notre personnalité, cherchons-nous, par ce fait-même, à écarter de nous soigneusement toute influence étrangère? Certes, non. Au contraire, nous laissons agir sur nous l'ambiance, nous voudrions même l'embrasser toute entière; seulement nous refondons les éléments, qui nous viennent ainsi du dehors, dans le creuset de notre vie intime, pour en faire le matériel de notre activité personnelle. C'est ainsi que, tout en nous isolant, nous restons en contact avec l'ambiance. Toutefois, nous ne la subissons pas simplement, car nous risquerions alors de devenir de simples imitateurs. Et alors, il semble qu'il y ait intérêt à préciser, d'une part, jusqu'à quel point il y a lieu de laisser agir sur soi les influences étrangères, d'autre part, jusqu'où il est utile de pousser l'isolement de l'ambiance, pour sauvegarder son originalité. Il n'est guère possible cependant de donner une réponse catégorique à cette question. Aucun précept d'hygiène mentale ne saurait la résoudre. C'est qu'au fond l'élément essentiel qui sert de régulateur, en l'espèce, ne se laisse point intellectualiser, c'est un des éléments irrationnels de la vie. Nous pouvons le désigner du nom de *sentiment d'harmonie avec la vie*. La question posée plus haut ne peut être résolue qu'individuellement. En le faisant, chacun pour soi, nous ne chercherons pas à être d'accord avec la logique, mais uniquement *d'être d'accord avec nous-même, de nous mettre en harmonie avec la vie*. Il est à peine

nécessaire d'ajouter que se sentir de cette façon d'accord avec la vie est tout autre chose que partager l'avis de la majorité de ses contemporains ou adopter des opinions courantes.

Le facteur irrationnel, dont nous venons de parler joue un rôle énorme dans notre vie ; il intervient au fond dans toute situation grave, dans tout conflit essentiel que nous pouvons avoir à résoudre. C'est lui qui justement, dans ces cas, est la véritable base de la décision que nous prenons, car c'est en lui que nous puisons alors la source de la notion *des limites et de la mesure* qu'aucune opération intellectuelle ne saurait préciser. Ceci est la raison pour laquelle aucune maxime ne saurait guider, d'une façon automatique, notre conduite. Chacune connaît des exceptions, et chaque fois qu'une décision est à prendre, c'est une question d'espèce qui se pose.

Il n'y a que le contact avec la vie, le sentiment d'être d'accord avec la vie et avec soi-même qui peut en décider dans chaque cas particulier. Et ce facteur est lui-même essentiellement irrationnel, puisque, intellectualisé, il aboutit à la formule : « Je me sens d'accord avec la vie et avec moi-même » qui permet de couvrir les pires méfaits et les pires aberrations. Le cœur a ses raisons que la raison ne connaît pas, disait Pascal ; il visait ainsi surtout le rôle des facteurs affectifs dans notre vie. Nous serions tentés de transcrire : la vie a ses raisons que la raion ne saurait formuler.

Nous pouvons maintenant définir, du point de vue

psychologique, l'attitude singulière de notre sujet. Son élan personnel, au lieu de chercher à s'intégrer à la réalité, en fait, en quelque sorte, table rase et privé ainsi de son point d'appui naturel, se perd, comme on dit, dans les nuages. Sans être philosophe, ni même philosophe manqué, notre instituteur se noie dans ses réflexions philosophiques. En même temps, il rationalise jusqu'à l'extrême limite, le facteur de l'isolement qui se trouve intimement lié à tout élan personnel, fuit réellement, pour « ne pas être troublé dans ses pensées », les livres et les hommes et se prive ainsi d'un secours dont personne ne saurait se passer, du contact avec la réalité.

La richesse, la mobilité de la vie disparaîssent ainsi. Nous avons à la place une formule abstraite qui détermine une attitude profondément morbide de l'individu. Si puissante que soit une intelligence elle ne saurait se suffire à elle-même. Vouloir penser et agir, sans tenir compte ni des idées d'autrui ni des contingences extérieures, mène, au point de vue intellectuel, à l'erreur, et au point de vue pratique, à l'absurde.

Nous nous sommes étendus longuement sur une seule phrase de notre malade. Nous l'avons fait parce qu'il s'agit là d'un exemple typique, de sorte que ce qui a été dit, à ce sujet, nous permet maintenant de caractériser, en quelques mots, toute la façon d'être du sujet par rapport à l'ambiance.

Tout acte de la vie est envisagé du point de vue de l'antithèse rationnelle du oui et du non, ou plutôt du

bien et du mal, ou du permis et du défendu, ou de l'utile ou du nuisible. Nous parlons dans ce sens d'*attitude antithétique*. Elle est le résultat du manque du sentiment irrationnel d'harmonie avec soi-même et avec la vie, dont nous avons parlé plus haut, et implique ainsi la disparition totale de la notion de limites et de mesure. L'individu régit sa vie uniquement d'après des idées et devient doctrinaire à outrance. Autant une telle attitude peut être bonne quand il s'agit de problèmes mathématiques, autant elle est morbide et dangereuse, là où notre pensée devient pragmatique et doit guider nos décisions et nos actes. Le but poursuivi est maintenant d'être d'accord avec la vie, et non pas avec des idées abstraites et des règles de logique pure. Un seul exemple suffira pour rendre notre pensée plus claire. Notre malade nous dit qu'il avait pris l'habitude de « passer tous ses actes au crible de ses principes ». Sous l'influence de l'idée de perfectionnement *spirituel*, « il bannit de son existence tout travail *matériel* », mais alors il ne croît plus pouvoir s'occuper de son rucher, auquel il consacrait avant, avec amour, ses loisirs, et qu'il classe maintenant sous la rubrique : travail matériel ; et quand ses parents, avec lesquels il vit, lui parlent de questions d'argent, il éprouve ceci comme atteinte portée à son idéal et fuit de pareilles conversations. Le fait de venir nous consulter au Dispensaire est un « suicide moral » pour lui, puisque « l'homme doit réagir seul, par sa propre volonté ». Logique, il l'est mais il l'est bien trop. Des principes, justes par eux-

mêmes, aboutissent à des conséquences monstrueuses, en raison même de leur généralisation. La vie est faite de tout autre chose encore que de principes rigides et universels ; un facteur irrationnel qui, dans chaque cas d'espèce, détermine les limites y joue un rôle primordial.

Les antithèses déterminent ainsi toute l'attitude de notre malade. Sa régénérescence morale, nous conte-t-il, commence en 1918, dans un camp de prisonniers en Allemagne. Il cherche alors « à se détacher de la matérialité et à se déterminer dans ses actes par des principes impersonnels. Il faut arriver à la sagesse, c'est le véritable bonheur, mais pour ceci il faut être seul, il faut se soustraire à tout élément perturbateur. » C'est sous l'influence de ces idées que commence à se produire la transformation de sa personnalité ; il adopte le système de Franklin qui consiste à appliquer un principe par semaine, comme celui de la justice, de la tempérance et surtout du silence. Il cesse presque de parler et ne répond aux questions posées que qand ceci correspond à ses principes. « Ses actes étaient réglés à la minute, il avait l'esprit constamment occupé, et en passant ses paroles au crible de ses principes, ne répondait aux autres et ne parlait spontanément que quand ces principes le lui permettaient. » Ses troubles actuels, dit-il, datent de l'instant où il s'est laissé entrainer à parler « impulsivement », ce qui est contraire au programme de rationalisme exclusif qu'il s'était tracé. Après la guerre, il reprend son poste d'instituteur en détermi-

niste convaincu et applique à ses élèves, en raison de leur entière irresponsabilité, le principe de l'indulgence *absolue;* il essaye de s'adresser à leur raison et souffre de les voir sourire et ne pas le comprendre. Ensuite, il suit les suggestions d'un directeur et applique une méthode *strictement* militaire, devient excessivement sévère et reprime l'idéal. Une période, régie par le « principe libéral de la douceur » succède à la précédente. Nous extrayons de ses écrits le passage suivant : « Je pratiquais, jusqu'en juin dernier, une discipline impersonnelle, mais excessivement ferme et confiante dans l'autorité que confère la dignité de la conduite, résultant de la dignité des pensées. Passionné de logique, j'avais fait taire, pendant une année, mes tendances idéalistes, pour user d'une discipline militaire, me paraissant être un devoir professionnel et consistant en l'imposition de sanctions sévères « Et encore : « J'entrepris quelques travaux manuels pour soulager mes parents. Cette subordination de mon activité à ces deux vieillards, bons et courageux, me rendit plus sensible à leurs attaques sentimentales qui, jusque-là, s'étaient heurtées au sentiment humanitaire plus puissant. Et je me sentis redevenir rapidement l'enfant obéissant... Tous mes droits à l'initiative m'apparurent caducs et j'eus l'impression d'un étouffement atroce. »

Telle est, esquissée brièvement, l'attitude de notre malade. D'accord avec l'attitude antithétique, toute force étrangère, venant du dehors et voulant exercer son influence sur l'individu, est enregistrée par celui-

ci comme atteinte portée à sa personnalité ; là où il l'a subit ,il se sent entraîné et y voit une catastrophe. L'emprise ou l'entraînement semblent être l'unique rubrique sous laquelle il puisse enregistrer les excitations venant du dehors. Combien diffère-t-il de nous, à ce point de vue, jusqu'à quel point sa vie s'est appauvrie, en ce sens ! Les liens qui nous rattachent à l'ambiance sont infiniment plus riches et plus nuancés. Nous pouvons chercher à imposer notre volonté à autrui et à dominer le monde ; mais nous savons aussi, en même temps, obéir par devoir, céder par amour ou par pitié, reconnaître l'autorité des autres et suivre leurs conseils, sans pour cela éprouver la moindre contrainte, ni sentir une entrave à notre liberté. Notre instituteur ne connaît, au fond, que deux « catégories » à ce point de vue : son indépendance, qui sous forme d'activité égocentrique s'exerce dans les régions polaires des antithèses intellectuelles, et l'emprise qu'il subit et qu'il ressent douloureusement. Il se sent malade maintenant, depuis deux mois (pour nous il l'est déjà depuis longtemps) ; le point de départ de sa maladie a été pour lui « la violence faite à son élocution », « il a succombé aux suggestions de ses parents et s'est cru contraint de violenter sa voix et d'émettre des idées qui n'étaient pas conformes à ses principes ; il a perdu ainsi le contrôle de soi-même et obéit comme à une autre personnalité. Tandis qu'avant il était maître de son regard et de sa parole, que sa parole n'exprimait que ce qui était le produit de sa réflexion et que son élocution était volontaire, main-

tenant, quand il fait la classe, il se sent entraîner par le son de sa voix et son regard se fixe, contre son gré, sur les enfants. Il a maintenant de la répugnance à enseigner, parceque sa tâche et ses principes lui apparaissent brusquement comme imposés par le directeur dont il reconnaît d'ailleurs les qualités morales et l'autorité ! » Ainsi naît chez notre malade le sentiment d'emprise ou d'entraînement, sur lequel a plus particulièrement insisté dernièrement M. Mignard (1).

Il est à peine possible d'admettre que la façon d'être de cet instituteur soit réellement le résultat d'un effort conscient de sa part, comme il essaye de nous la représenter; le suivre dans cette interprétation ne semble guère justifié. On a l'impression de serrer de bien plus près la vérité en admettant, comme nous l'avons fait d'ailleurs, qu'un facteur régulateur de la vie vient à manquer; les éléments qui restent se regroupent alors et s'unissent entre eux; le malade le traduit par une sorte de système qui semble se tenir, tout au moins au point de vue intellectuel, mais qui au fond déforme toute son activité et qui en fait un « *étranger* », nous allions presque dire un « aliéné », par rapport à l'ambiance et à nous-mêmes.

Il nous reste à ajouter quelques détails au tableau que nous venons de tracer. Ces détails concernent, eux aussi, la façon dont la vie qui se déroule autour

(1) M. Mignard. « L'emprise organo-psychique et les états d'aliénation mentale. » Encéphale 1922.

de notre malade vient se réfléter dans son psychisme altéré. Ils se trouvent de ce fait sur le plan, sur lequel nous avons situé notre analyse, c'est-à-dire, sur le plan qui est déterminé par la notion du contact vital avec l'ambiance. Ils nous permettront de faire ressortir encore plus nettement la désharmonie qui existe, à ce point de vue, dans le psychisme de notre instituteur et attirent en même temps notre attention sur des faits qui, comme nous l'avons laissé prévoir, passent d'habitude inaperçus.

La conscience de notre malade nous apparaît comme une arène, dans laquelle se succèdent et se combattent des principes abstraits; il y a quelque chose *d'impersonnel* en lui. Il conçoit d'ailleurs de la même façon tous ses semblables. Nous avons déjà vu que ses élèves ne l'intéressent qu'autant qu'il les voit à travers les doctrines qu'il veut appliquer; aucune note plus chaude, plus intime, plus personnelle n'intervient. Il a perdu entièrement, dirait-on, cette fibre sensible qui nous permet de vibrer à l'unisson avec nos semblables, qui nous rattache à la personnalité intime de chacun d'eux, qui nous permet de la pénétrer et de nous sentir un avec elle. Le contact personnel est brisé, le regard ne sait plus se fixer sur les personnes de son entourage, dans la mesure où la vie l'exige de nous, il glisse de suite par-dessus et s'en va vers les régions désertiques et glaciales, déterminées par l'intelligence pure. La sphère de ses intérêts semble être bien plus large que la nôtre, semble devenir *illimitée;* mais au fond, elle ne reflète

que la misère noire d'un esprit qui est privé des affinités normales. Il nous dit qu'il était parvenu « *à se détacher de la matérialité* et qu'il se déterminait, dans ses actes, par des principes impersonnels. Il réagissait, non pas sous l'influence d'un *milieu restreint, mais du monde entier.* Il vivait *pour l'idée* et voyait les *hommes impersonnellement.* Il s'était integré, par la pensée, non pas aux hommes, mais à l'humanité et cherchait à se rapprocher le plus possible de *l'absolu.* Il avait noyé son amour filial dans un amour plus grand. » Quoi d'étonnant que, sous l'influence de cette façon de voir et d'apprécier les choses, les altercations innoffensives, qui se produisent entre lui et ses parents, apparaissent, dans ses récits, comme une véritable lutte de géants, sans qu'il puisse être question, le moins du monde, d'exagérations d'un exalté. Ses parents frappés par son attitude bizarre, cherchent à intervenir, son père lui dit que quand on ne peut pas porter une charge de cent kilos, on n'en prend que cinquante sur son dos ; il lui parle également de questions d'ordre matériel ; lui, privé de la faculté d'accorder aux sentiments familiaux la place qui leur revient, voit dans la façon d'agir de ses parents, une atteinte portée à son idéal ; il parle de suggestions pernicieuses que doit subir sa personnalité et la moindre concession devient de suite un acte de renoncement d'une importance capitale. Nous avions dit ailleurs que le schizoïde perdait la faculté de saisir dans leur portée individuelle les personnes et les objets concrets ;il les voyait, de ce fait, de trop loin et en trop

grand ; nous avons ici, devant nous, un bel exemple de ce trouble. (1)

Suivons cette voie et nous trouverons d'autres traits encore qui appartiennent à la même catégorie de faits. Rappelons-nous comment notre malade nous décrivait sa carrière pédagogique. Les différentes étapes de sa vie, à ce point de vue, sont marquées, dans son récit, uniquement par la succession de principes et d'idées qu'il croyait bon d'appliquer. C'est d'abord la période de « déterminisme et de l'indulgence absolue » ; elle fait place à la méthode de « discipline militaire » qui, à son tour, est remplacée par « le principe libéral de douceur ». Les faits extérieurs s'effacent et restent entièrement dans l'ombre. Cette particularité, qui consiste à déterminer les étapes de la vie uniquement par la succession de principes et d'idées adoptées, se manifeste toujours à nouveau dans la façon, dont il nous présente son *curriculum vitae*. Celle-ci ainsi a l'air d'évoluer par saccades ; nous avons l'impression de nous trouver en présence, non pas d'une ligne continue, souple et élastique, mais hachée et brisée constamment ; elle l'est, comme le sont les idées qui s'opposent et se combattent, et par lesquelles le malade marque les différentes étapes de son existence. Chacune semble être entièrement isolée de la précédente, au même degré que le principe qui la

(1) E. Minkowski. « Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich. » Annales médico-psychologiques, 1923.

régit contredit et exclut celui auquel il a succédé. La durée vécue semble avoir disparu entièrement de son existence.

Aussi notre malade se trouve-t-il constamment en « contradiction avec la vie ». Un jour il apprend la condamnation de deux anarchistes américains, condamnation qui avait fait quelque bruit à ce moment. Il décide de protester contre cette condamnation, comme l'avaient fait certaines associations. Il parvient à se rendre, malgré le service d'ordre, à l'Ambassade d'Amérique et remet une lettre de protestation pour l'Ambassadeur. Il est tout surpris d'être amené au commissariat, à la suite de cette démarche, et d'obtenir un blâme de ses supérieurs.

Comment maintenant interprêter le raisonnement de cet autre malade (1) qui nous dit de ne pas être sûr de la puissance de l'argent, ceci parce que l'argent *ne tient que peu de place*. Le même malade ne croit pas pouvoir s'intéresser aux fluctuations du change, parce qu'il y trouve « trop de changement, trop de mobilité ». Par contre, son attention est entièrement absorbée par le projet *d'agrandissement* de la Gare de l'Est dont les journaux parlent en même temps. Il lui attribue une importance primordiale, parmi tous les évènements du jour.

(1) Mme et M. Minkowski. « Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants » Annales médico- psychologiques ». 1924, n° 5.

Il semble s'agir là d'une généralisation abusive de notions d'ordre spatial, d'une emprise morbide, exercée sur la pensée et sur la conduite par des critères mathématiques, déterminant la valeur des objets et des évènements uniquement selon leurs dimensions ou leurs caractères géométriques.

N'aurions nous pas ainsi devant nous les premiers indices d'un *géométrisme morbide.*

Nous apprenons du même malade qu'il commence, dès l'âge de seize ans à « s'obséder », comme il dit, au sujet des constructions. Il doute de leur solidité et se demande si les murs du lycée sont bien droits. « Je me tourmentais, écrit-il dans sa biographie, à propos des voutes des églises, je n'admettais pas qu'on fasse porter tout le poids sur des nervures et des piliers, ainsi que sur une clef. Tout cela n'avait qu'à manquer. Je n'admettais pas non plus le ciment entre les pierres de taille, parce qu'il constituait pour elles un point d'appui fragile qu'elles écrasaient. Je me disais que les maisons ne tenaient que par attraction terrestre. Et j'en suis venu à douter de mes sensations ».

Puis c'est la « manie de symétrie » qui s'installe. Il règle d'après elle toute son activité. Il prend de préférence au milieu de la rue .Le traitement, prescrit par un médecin, ne doit à aucun prix être commencé au mois de Novembre. Ceci, parce que le traîtement, dans ces conditions, « se trouverait à cheval sur deux années et serait ainsi écartelé ».

« L'obsession des poches » fait en même temps

son apparition. Il cherche en quoi diffère l'impression, qu'on éprouve en mettant les mains dans des poches droites, de celle qu'on a quand les mains se trouvent dans des poches, placées en biais sur un pardessus. Pour résoudre ce problème, « il part du principe que dans le premier cas, c'est à dire quand on met les mains dans des poches droites, on établit un rapport de parallélisme entre des choses extrêmes, les bras et les jambes ».

Il prend aussi l'habitude de se tenir devant une glace, les pieds joints, cherchant pour son corps une symétrie absolue, pour obtenir, comme il dit, « une position absolument parfaite ». Dans ce but, il retenait même sa respiration, aussi longtemps qu'il pouvait.

Dans le service, on lui fait des piqûres de cacodylate de soude. A un moment donné, l'idée naît en lui qu'un morceau de ouate aurait pu pénétrer, avec la piqûre, dans son corps. Cette idée ne fait que croître par la suite, mais elle croit d'une façon particulière. Procédant par continguïté, édifiant, pour ainsi dire, des constructions imaginaires d'ordre uniquement géométrique et rationnel, elle s'étale de plus en plus dans l'espace et le temps. « L'obsession enfle. Ce n'est pas seulement de la ouate, c'est encore du métal de l'aiguille que je puis avoir dans le corps, c'est du verre de la seringue, et tout cela remonte par la pensée jusqu'aux organes essentiels, au cerveau, par exemple. Et le cacodylate, échafaudé sur tout cela, est en porte à faux, et les piqûres suivantes, étagées sur celle-là, pêchent naturellement par la base. Et

les précédentes sont bousculées à leur tour par la mauvaise qui mange tout. Tout le traitement ne vaut rien. Il faudrait pouvoir le démolir jusqu'à la racine, jusqu'aux fondations et le reconstituer dans de bonnes conditions. Il ne faut pas, d'autre part, qu'un traitement mauvais donne de bons résultats, car ces bons résultats, étant construits sur la mauvaise muraille, constituée par le traitement, seront sujets à être entrainés dans sa chute. Et même en dehors du risque d'effondrement, il m'est impossible de supporter l'idée absolument *illogique* de quelque chose de bien, reposant sur quelque chose de mal, des pierres de taille reposant sur des moellons, alors que ce devrait être le contraire ».Il est à peine nécessaire d'insister sur la richesse d'éléments architecturaux, ainsi que sur le caractère spatial, géométrique, de tout ce raisonnement. La géométrie, le plan, la logique priment tout. Tout ce qui constitue la richesse et la mobilité de la vie, tout ce qui est irrationnel, tout ce qui est changement, tout ce qui est progression se trouve entièrement exclu du psychisme du sujet, du même coup.

Le malade veut poser une targette. De crainte que cette targette ne vienne heurter le cadre, il remplace celui-ci par un cadre plus grand. Mais il s'aperçoit que ce nouveau cadre est plus haut que le précédent, mais est de la même largeur. « Je me dis alors, continue-t-il son récit, que *logiquement,* puisqu'il était plus haut, il devait être aussi plus large, et j'élargis le trou dans le bois, quoique, dans aucun cas, il n'y

eût utilité à le faire ». De là nouvelles difficultés, nouvelles considérations mathématiques et enfin, comme résultat final, un grand trou dans la porte et dans le mur. « J'aurais pu le boucher avec du mastic » dit notre malade, « mais ce n'était pas dans mon plan. »

« Le plan c'est tout pour moi dans la vie », nous dit encore le malade. « Je ne veux à aucun prix déranger mon plan, je dérange plutôt la vie que le plan. C'est le goût pour la symérie, pour la régularité qui m'attire vers mon plan. La vie ne montre ni régularité, ni symétrie et c'est pour ça que je *fabrique* la réalité. C'est au cerveau que j'attribue toutes mes forces.
« Ce que je vais dire paraîtra formidable mais cela est. Mon état d'esprit actuel consiste à n'ajouter foi qu'à la théorie. Je ne crois à l'existence d'une chose que lorsque je l'ai *démontrée*. Par exemple, le corps de la femme produit une impression sur l'homme. Pourquoi ? Voilà une chose dont je doute, parce que je ne peux pas arriver à la démontrer. Je ne me vois pas arraché par cela, emporté dans l'existence sans point d'appui, et me fiant uniquement à mes impressions, Il me semblerait que je suis en l'air, ce qui est illogique. »

Dans la rue, il est parfois impressionné par une femme. Alors il rentre à la maison, s'assied sur une chaise, croise les bras, prend une position aussi symétrique que possible et se met à réfléchir. Il cherche à résoudre le problème, pourquoi le corps de la femme produit une impression particulière sur l'homme. Il

espère bien que « tout sera ramené aux mathématiques, même la médecine et les impressions sexuelles. » C'est dans cette voie qu'il cherche. Le corps de l'homme ne se réduit-il pas à la géométrie ? Et alors il se demande, si le plus haut degré de beauté ne consisterait pas à avoir le corps en forme de sphère, celle-ci étant la forme parfaite.

Un autre jour il écrit : « Je veux analyser mes impressions d'ordre sexuel, problème formidable, s'il en fut, d'autant plus que je cherche à démontrer ces impressions par des choses de même nature, par des sous-impressions, par exemple, quitte à les subdiviser à leur tour et ainsi de suite. »

Il envisage sa sortie de la Maison de Santé. Il devient perplexe, sa pensée spatiale, adaptée uniquement aux choses durables et immobiles, étant entièrement incapable d'assimiler aucun changement. Voici la marche de sa pensée : « Je me suppose sorti d'ici. Et bien ! il faut absolument que j'aie toujours l'impression d'y être et pour cela, il me faut quelque chose qui représente mon séjour ici ». Et c'est ainsi qu'en quittant la maison de santé, il emporte toutes les bouteilles et toutes les boîtes vides des médicaments employés pendant son hospitalisation, et les range soigneusement à la maison dans des caisses, pour avoir des *preuves* d'avoir été dans la maison de santé, pour avoir l'impression d'y être encore.

« Je cherche l'immobilité, nous déclare-t-il. Je tends au repos et à l'immobilisation. J'ai aussi en moi la

tendance d'immobiliser autour de moi la vie. J'aime pour ça les objets immuables, les caisses et les verroux, les choses qui sont toujours là, qui ne changent jamais. La pierre est immobile, par contre, la terre se meut ; elle ne m'inspire ainsi aucune confiance. J'attache de l'importance seulement à la solidité. Le train passe sur un remblai ; le train n'existe pas pour moi, je veux seulement construire le remblai.

« Le passé c'est le précipice. L'avenir c'est la montagne. C'est ainsi que l'idée m'est venue de laisser un jour-tampon entre le passé et l'avenir. Pendant cette journée je cherche à ne rien faire du tout. Je suis ainsi resté une fois vingt-quatre heures sans uriner.

« Faire revenir mes impressions d'il y a quinze ans, faire refluer le temps, mourir avec les mêmes impressions avec lesquelles on est né, faire des mouvements en cercle, pour ne pas s'éloigner de la base, pour ne pas se déraciner, voilà ce que je voudrais. »

Il serait difficile de trouver un plus bel exemple des procédés, employés par la pensée purement spatiale là où, libérée de l'influence, de l'intuition, tellement indispensable dans la vie, elle essaye de diriger à elle seule l'activité.

Nous avons vu l'idéal qu'elle érige et les constructions monstrueuses auxquelles elle aboutit. Peut-on imaginer confirmation plus frappante des idées bergsoniennes qui furent le point de départ de notre analyse ?

Mme Minkowska qui a longuement observé ce malade et qui en a fait le point de départ d'une étude d'ensemble sur les « Troubles essentiels de la Schizophrénie » (1) résume son observation comme suit :

« La vie chez lui est opposée au plan ;
l'instinct est opposé au cerveau ;
le senti est opposé au pensé ;
la faculté de la pénétration qui synthétise est opposée à l'analyse de détails infimes ;
là où nous nous fions aux impressions, lui exige des preuves ;
le mouvement s'oppose chez lui à l'immobilité ;
les évènements et personnes s'opposent aux objets ;
la réalisation s'oppose à la représentation ;
le temps s'oppose à l'espace ;
la succession s'oppose à l'extension ;
le but s'oppose à la base.

Les facteurs, indiqués dans la première colonne de ce schéma, font défaut, ceux de la seconde, par contre, sont hypertrophiés. »

Nous ne pouvons que souscrire à ces conclusions. Elles traduisent, on ne peut mieux, l'atrophie des facteurs qui relèvent de l'instinct et sont « moulés sur la forme de la vie », ainsi que l'hypertrophie compensatrice de tout ce qui a trait à l'intelligence

(1) Mme F. Minkowska « Troubles essentiels de la schizophrénie » Evolution psychiatrique. Payot 1925.

qui, elle, « a pour objet principal le solide inorganisé, qui ne se sent à son aise que dans le discontinu, dans l'immobilité, dans le mort, qui laisse échapper ce qu'il y a de nouveau à chaque moment de l'histoire qui est caractérisé par une incompréhension naturelle de la vie. » (Bergson.)

Les particularités que nous avons relevées chez les deux malades, décrits dans ce chapitre, sont loin d'être exceptionnelles. Nous les retrouvons toujours à nouveau chez les schizophrènes, à tous les stades de l'évolution de l'affection. Il suffit d'y faire attention.

Voici, par exemple, ce que nous disait un de nos malades : (1)

« A part la raison qui n'a pas souffert et est intacte, tout le reste est en dérèglement complet. J'ai supprimé l'affectivité, comme je l'ai fait pour toute la réalité. J'existe au point de vue corps, mais je n'ai aucune *sensation interne* de la vie. *Je ne sens plus les choses.* Je n'ai plus de *sensations normales.* Je supplée *à ce manque de sensations par la raison.*

« Il m'est arrivé depuis ma maladie de supprimer l'impression du temps. Le temps ne compte pas pour moi. Je mets un temps infini à accomplir le moindre acte dans la vie courante.

« Je sens que je raisonne bien, mais dans l'*absolu*, parce que j'ai perdu le contact avec la vie ».

Une schizophrène avancée s'amuse à se faire elle-

(1) E. Minkowski. « Schizophrènes peints par eux-mêmes. » La Médecine. Février 1924.

même des chapeaux. Leur forme bizarre permet à elle seule de poser le diagnostic. Elle en a seize. Un jour, elle ne peut pas retrouver deux de ses chapeaux. Elle décide alors, par mesure de représailles, de casser les 2/16 de la vaisselle de sa mère.

Une autre malade, à laquelle on demande, après la visite de sa mère, si elle avait été contente de la voir, répond : « C'est du mouvement, je n'aime pas beaucoup ça ».

Une schizophrène qui, d'une part, grâce à la conservation de ses facultés intellectuelles arrive encore à passer avec succès son examen de baccalauréat, mais qui, de l'autre, a une attitude sociale on ne peut plus morbide, se livre aux pratiques solitaires. Depuis quelque temps elle remplit tout ce qu'elle trouve comme papier sous la main, journaux, vieilles annonces etc. d'inscriptions. En voici un exemple : « Je me suis touchée à telle heure et à telle date (indique l'heure et la date exactes) et j'écris ceci en présence d'un verre qui se trouve devant moi sur la table à deux centimètres du papier sur lequel j'écris. » Comme le verre, elle prendra une autre fois pour point d'appui, pour témoin, tout autre objet inanimé et immobile qu'elle trouvera devant elle, une lampe, par exemple, qui est sur la table.

Un malade a l'idée qu'on lui mettra tous les restes et tous les déchets dans le ventre. Il envisage et interprète, de ce point de vue, tout ce qu'il voit devant lui. Sa pensée ainsi dépasse d'emblée la portée individuelle de chaque objet et, en procédant par con-

tiguïté, se propage vers l'espace infinie, en cherchant, dirait-on, à s'identifier avec lui. La bande du « Figaro » qu'il reçoit le fait de suite penser aux bandes de tous les exemplaires de ce journal qu'on distribue tous les jours, puis aux bandes de tous les quotidiens de France. Un membre de sa famille a la bronchite et expectore. Le malade parle de tous les crachats de toutes les maisons de santé pour tuberculeux, puis des déchets de tous les hôpitaux. Tous ces restes lui seront mis dans le ventre. Son fils se rase devant lui ; les soldats de la caserne voisine se rasent eux aussi et dans toute l'armée on le fait également. Un ticket de métro le fait penser à tous les billets de chemin de fer de métro, d'autobus, de tramways, etc. La perception de la portée individuelle des objets, des évènements, des personnes s'efface ainsi. La pensée fuit, par dessus, dans l'espace infinie, sans connaître de bornes.

Un « petit » rationaliste morbide dépense beaucoup de temps et d'énergie, pour établir un programme réglant l'emploi du temps, strictement jusqu'à la minute. C'est ainsi qu'il veut s'accorder deux minutes pour arranger sa toilette, avant chacun des repas. Ce programme pêche par excès de précision. Il est impossible de le réaliser. Notre malade s'en montre fort gêné. Le même malade préfère conserver les bouteilles des médicaments employés, pour avoir ainsi une trace des choses qui s'évanouissent dans le temps. Il se montre également ennuyé de se sentir mieux un jour où, d'après ses calculs, il aurait dû être fatigué.

« Ceci n'est pas logique », nous dit-il.

Il est évident que les faits, dont nous venons de parler, ont été, en majeure partie tout au moins, observés et décrits par maints autres auteurs. Peut-être cependant avons-nous réussi à les envisager sous un angle nouveau, permettant de les grouper d'une façon plus adequate et de ce fait de mieux les comprendre. C'est d'ailleurs ce qui importe avant tout. Aussi, sans nous perdre dans des citations, nous bornerons nous à rechercher quelques points d'appui, pour notre façon de voir, dans les travaux des auteurs, ayant développé une conception générale, plus ou moins conforme à la nôtre.

Nous nous adressons en premier lieu tout naturellement au travail de MM. Dide et Guiraud. Nous leur empruntons quelques citations :

« Dans un assez grand nombre de cas, le malade « a conscience des modifications profondes interve- « nues dans son psychisme par suite de l'affaiblisse- « ment des tendances instinctivo-affectives. Ce phé- « nomène, parfois dramatique, donne la sensation « d'une atteinte physique et mental, difficilement ex- « primable...

« Dans l'ordre mental, ils multiplient les compa- « raisons et les explications. Voici quelques phrases « choisies dans nos observations :

« J'ai du nirvanisme, nous parlons ensemble, mais « cela me semble irréel, je suis en dehors de toute « pensée humaine. Ma pensée est illusoire, elle me « reste étrangère ; elle est froide... Je suis aliéné par

« la décadence de l'esprit. Je suis carié, j'ai regardé « dans une glace, il ne me reste plus rien.

« Dans ces conditions la synthèse de la personna- « lité devient difficile. Les termes « je, moi » sont « moins employés que normalement et remplacés par « ma personne, ma personnalité, on. Le sujet parle « de lui comme d'un individu étranger qu'il observe- « rait.

« Une grande partie des troubles intellectuels n'est « que la conséquence des symptômes fondamentaux, « en particulier du désintérêt et de la perte de la va- « leur affective des représentations. Il en résulte un « laisser-aller, une distraction tels que tout travail « intellectuel un peu complexe risque d'être inter- « rompu ou dévié par l'apparition d'idées parasites. « C'est ainsi que nous comprenons les troubles de « l'auto-conduction décrits par Toulouse et Mignard « dans la démence précoce. »

« La plupart des faits consécutifs à l'apparition de « la maladie sont retenus sans précision et surtout « sans perspective chronologique. Le malade peut « rapprocher deux faits qui se sont passés à dix ans « d'intervalle ; l'écoulement de dix années a si peu « d'importance pour lui

« Le sens des mots est beaucoup plus étendu que « normalement ; les termes généraux et abstraits sont « employés de préférence.

« Certaines prépositions de signification chronolo- « gique comme *lorsque, quand*, sont remplacés par « des termes de valeur topographique comme *où*.

« Je m'en irai *où* l'heure sonnera vers le dehors.

« Je fus très sensible *où* je fus tenté il y a quatre jours par le sort du défunt Omer...

« Chaque jour il se rapporte à ma personne des « passions venant l'une de la part de Jeanne d'Arc, « l'autre de la part de Dieu *où* ils nous comman- « dent...

« De même les temps et les modes sont parfois « employés à tort et à travers. On peut observer le « langage télégraphique ou petit nègre dans lequel « tous les verbes sont à l'infinitif. »

Nous ne voudrions pas terminer cette étude sans mentionner le mémoire du Dr Divry de Liège : « Contribution à l'étude des troubles de la personnalité ». Ce mémoire, publié dans le Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique (1920) (1) est passé inaperçu, si je ne me trompe. J'en ai eu connaissance, grâce à l'obligeance de M. Divry lui-même qui me l'a fait parvenir.

Sans discuter les différences pouvant exister, quant à la classification des troubles mentaux, entre M. Divry et moi, et plus particulièrement la question du diagnostic différentiel de la schizophrénie et de la psychasthénie de Janet (2), je tiens ici surtout à in-

(1) Dr. Divry « Contribution à l'étude des troubles de la personnalité. » Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, 1920.

(2) Cette question est particulièrement difficile. Rappelons que MM. Dide et Guiraud trouvent que bien des ob-

sister sur les points communs dans notre façon d'aborder les troubles de la personnalité humaine. Remarquons toutefois encore qu'en assimilant la personnalité au « moi pleinement conscient » et en l'envisageant ainsi uniquement « sous son côté subjectif » M. Divry limite d'emblée l'application de ses idées aux malades qui ont conscience de leur état et qui s'en plaignent. Il s'adresse ainsi avant tout aux malades passibles du diagnostic de « psychasthénie » ou tout au moins présentant, au cours d'autres affections, un élément pouvant être qualifié de « psychasthénique ». Cette limitation cependant n'est point indispensable. Nous pouvons essayer d'appliquer les vues générales de Bergson d'une façon beaucoup plus étendue, en envisageant sous le même angle toute une série de manifestations et de réactions, observées chez nos malades, et que ceux-ci ne considèrent aucunement comme anormales. J'avais essayé de procéder ainsi dans mes recherches, exposées dans les pages précédentes. Je ne puis ne pas y voir un certain avantage. Pour nos conceptions sur les troubles mentaux, les symptômes dont les malades n'ont pas conscience ont tout autant, si pas davantage, d'importance que ceux qu'ils décrivent comme maladifs, avec une richesse de détails bien souvent déroutante.

servations de psychasthénie, dans le travail fondamental de Janet, appartiennent à la démence précoce. (Psychiatrie du médecin praticien; p. 181.)

Ces réserves une fois faites, nous citons quelques passages du travail de M. Divry :

« Le moi conscient représente cette sensation intr-
« me d'une sorte de centre dynamique, de fonction
« psychique synthétisante, nous donnant la notion
« de l'existence de notre propre corps, dans sa valeur
« physique et psychique, et qui, en même temps, est
« capable de recevoir, en les assimilant, des données
« du monde extérieur et d'agir en retour sur lui.

« Quoique un dans notre vie consciente, le moi
« peut être envisagé sous deux aspects fonctionnels
« que nous qualifierons immédiatement, pour facili-
« ter l'exposé, de moi intuitif ou pratique et de moi
« intellectuel ou spéculatif. Le moi intuitif ou prati-
« tique est le facteur dynamique du moi qui agit dans
« l'expérience journalière ; quoique éclairé par la con-
« science, il conserve un caractère de spontanéité,
« d'instinctivité, d'activité réflective ; c'est par lui
« surtout que nous percevons, sentons, agissons ;
« d'instinct pour ainsi dire, nous acquiesçons à ses
« données et de ce fait, c'est une sorte d'instinct su-
« blimé, d'instinct qui a fusé dans le domaine de la
« conscience ; l'ardeur irréfléchie avec laquelle nous
« prenons parti dans certaines questions, dit Bergson,
« prouve assez que notre intelligence a ses instincts,
« Pour mieux mettre en relief ces deux couches dyna-
« miques du moi conscient, d'une part le moi pratique,
« d'autre part, le moi intellectuel, considérons la
« question de la valeur objective de nos sensations :
« le moi pratique nous fait vivre dans l'impression

« que notre sensation a un répondant objectif adé-
« quat, en d'autre termes, que le monde extérieur
« existe avec les qualités que la sensation a fait pé-
« nétrer dans notre conscience ; le moi intellectuel
« peut éveiller le doute ; il nous fait arriver à la con-
« sidération logique qu'en somme, nous ne connais-
« sons du monde extérieur que nos sensations et que
« rien n'est moins certain que le contenu de celles-ci
« traduise fidèlement les phénomènes objectifs : c'est
« le noyau de l'idéalisme transcendantal, pour lequel
« le monde n'est qu'idée.

« Si nous appliquons notre point de vue à la ques-
« tion du sens du réel, nous dirons que la perte du
« sens du réel résulte de la chute fonctionnelle du
« moi pratique ; c'est un trouble de cette partie du
« moi qui a conservé quelque chose d'instinctif dans
« son activité.

« Ces malades sont raisonneurs et parfois très in-
« telligents ; de sorte que, par abaissement de la fonc-
« tion pratique du moi, d'une part, hyperactivité de
« sa fonction spéculative d'autre part, il s'établit un
« désiquilibre marqué dans leur activité psychique.

« La conscience a en quelque sorte perdu son ins-
« tinct ; par contre, le malade ergote d'une façon in-
« tarissable au sujet de son affection ; réaction stérile
« du moi intellectuel.

« Vous pouvez me questionner sur tout, dit une
« malade, je saurai vous répondre ; mais j'ai l'im-
« pression que rien n'existe » ; n'est-ce pas mettre le
« doigt sur un manque de consécration du moi con-

« scient et, dans notre hypothèse, sur la perte de cette « activité intuitive de notre moi, qui nous fait vivre « en quelque sorte dans les choses, les identifiant à la « perception consciente que nous en avons ? C'est « par cette poussée instinctive, dont la conscience a « gardé quelque chose, que nous vivons; c'est elle « qui nous oriente dans le monde extérieur; à la ré- « flexion, tout y est étrange, mais l'instinct passe ou- « tre et fait vivre.

« C'est la logique de l'instinct conscient, s'il est « permis d'associer ces deux vocables, que ces mala- « des ont perdue; ils n'ont plus l'instinct de vivre, « dans toute sa promptitude; secondairement ils in- « troduisent trop de réflexion stérile dans leur vie « consciente; leur moi spéculatif agit d'une façon exa- gérée et erronée et la poussée instinctive qui fait vivre et va droit au but, se ralentit et s'efface. »

Nous ne suivrons pas leur exemple et là où il s'agira d'approfondir nos connaissances théoriques et pratiques sur la personnalité humaine, tout en réservant sa place à la réflexion, nous n'hésiterons pas à faire intervenir, dans nos recherches, l'instinct et l'intuition.

CONCLUSIONS

1) L'évolution des idées concernant le trouble essentiel de la démence précoce de Kraepelin ou des folies discordantes de Chaslin ou encore de la schizophrénie de Bleuler a mis en évidence l'insuffisance, de ce point de vue, des notions psychologiques courantes. La notion de perte de contact vital avec la réalité semble traduire, d'une façon fidèle, le trouble générateur des manifestations morbides d'ordre schizophrénique;

2) Dérivée de l'autisme de Bleuler, la notion de perte de contact vital avec la réalité s'inspire, d'autre part, des idées bergsoniennes. Elle mène, en revanche, à l'application de ces idées, et plus particulièrement de l'opposition de l'intelligence et de l'instinct, ou encore des facteurs statiques et dynamiques de la vie, aux phénomènes psychopathologiques. Il devient possible de différencier nettement, de ce point de vue, les deux grands processus mentaux, dégagés jusqu'à présent en psychopathologie : l'affaiblissement intellectuel et la désagrégation schizophrénique. La comparaison des états terminaux, présentés par les para-

lytiques généraux, d'une part, et les schizophrènes de l'autre, met en évidence des caractères diamétralement opposés : chez les paralytiques généraux, la charpente dynamique du psychisme reste intacte, pendant que les facteurs statiques, et plus particulièrement les traces mnésiques, défaillent de plus en plus ; chez les schizophrènes, par contre, ce rapport est inversé. Cette différence fondamentale se retrouve au cours des diverses phases évolutives des deux affections étudiées et permet d'interpréter en conséquence leurs principaux symptômes. La démence schizophrénique nous apparait, dans ces conditions, avant tout comme démence pragmatique ;

3) Dans certains cas de schizophrénie, la défaillance des facteurs dynamiques est accompagnée d'une véritable hypertrophie des facteurs rationnels et spatiaux de la pensée. Cette hypertrophie conditionne alors tout le comportement des malades, en donnant lieu à des tableaux cliniques particuliers. Il parait justifié de parler, dans ces cas, de rationalisme et de géométrisme morbides.

Vu : Le Doyen
ROGER

Vu : Le Président de la thèse
Henri CLAUDE

Vu et permis d'imprimer ;
Le Recteur de l'Academie de Paris
P. LAPIE